

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)



APPLICATION No. : K/0917/0858 APPLICATION DATE : 05.09.18

NAME of APPLICANT : HALIMA KHATUN LASKAR AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : LAMIE KHALIL LASKAR

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
MIDDEY PARA KANPUR AMTA HOWRAH
- 711410 WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
AS ABOVE

OCCUPATION : HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME : NIL (Attach Proof of Income)
(आप का वार्षिक आय)

PAN No. : [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	HALIMA KHATUN LASKAR	60	F	SELF
2.	GIAPRUL LASKAR	40	M	SON
3.	ROHIMIA LASKAR	35	F	WIFE
4.	SULFIKAR LASKAR	12	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SINCE 7/10/18)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED हो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को या रद्द कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन", से ले रहा हूँ, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में पूर्ण, या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और मैं इसी उद्देश्य के लिए नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations from Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में जोड़ सकते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण के माध्यम से मुझे प्रचारित करने के लिए प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस सहमति के बिना मेरे नाम या पते के बिना "कोशिका फाउंडेशन" में नहीं प्रसारित किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को मैं सहायता के उद्देश्य से प्रसारित करने के लिए प्रसारित करने का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रकरण में "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रसारित करने का हस्ताक्षर नहीं करता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे द्वारा की गई "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से सिफारिश/प्रक्रिया के बिना नहीं लेंगे। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम यह भी मान्यता दे रहे हैं कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता के लिए सिफारिश की गई रोगी के मामले में हमारे पास कोई भी अन्य सहायता नहीं होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दवा के चयन/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/प्रक्रिया और रोगी के सुरक्षा के लिए रोगी एवं हस्पताल को दोषी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)

सिफारिश (स्वीकृति/निरास का विवरण लगाने)

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

05.09.17

Dr. Arindam Das
M.D., FRCO
Surgical - SHO
Surgical Eye Foundation & Research Centre

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व छाप

ACCEPTANCE

सहमति

REJECTION

निरास

Shib Sankar Dasguchi
Director
Surgical Eye Foundation & Research Centre

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नाम 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम 2

SANCTIONED

सहमति

REJECTED

निरास